
DE ROL VAN DE SPV IN GOEDE ZORG VOOR DELIRANTE THUISWONENDE OUDEREN

Daisy Quispel-Aggenbach, sociaal psychiatrisch verpleegkundige

Inleiding

Een delier is een ernstig psychiatrisch syndroom dat bij kwetsbare ouderen veel voorkomt. Uit recente onderzoeken blijkt dat een delier in verschillende zorgsettings vaker voorkomt dan eerder werd aangenomen. Een onderzoek gepubliceerd in 2011 in het tijdschrift voor ouderengeneeskunde (Stroomeer et al, 2011) toont aan dat 16% van de cliënten aangemeld bij het psychogeriatricteam een delier doormaakt of recent heeft doorgemaakt

Een delier is voor patiënt en familie een zeer beangstigende situatie die veel onzekerheid oproept. De complicaties van een niet of niet op tijd behandeld delier zijn ernstig: vallen, blijvend verlies van zelfredzaamheid, snellere progressie van dementie en vroegtijdig overlijden. Een delier is in principe goed behandelbaar door de onderliggende oorzaken tijdig weg te nemen. Doel van dit artikel is om het ziektebeeld delier te bespreken waarbij de belangrijkste symptomen en oorzaken aan bod komen maar vooral het voorkomen en behandelen van een delier. Er is hierin een taak weggelegd voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Zij zijn opgeleid in het uitvoeren van psychiatrisch onderzoek en zijn medisch onderlegd. Bovendien kunnen zij goed observeren en hebben contact met alle behandelaars en verzorgers van de cliënt en zijn familie.

Wat is een delier?

Een delier wordt gekenmerkt door een plotseling achteruitgang in aandacht en cognitie. Oorzaken zijn meestal een lichamelijke ontregeling (zoals bijvoorbeeld een delier na een ingrijpende operatie) of medicatie (zoals het effect van wisselingen in medicatie, pijnstillers en veel verschillende medicatie bij ouderen). Bij kwetsbare ouderen betreft het vaak meerdere oorzaken tegelijk. In veel gevallen speelden er vooraf al cognitieve problemen maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Het is opvallend dat de meeste behandelaren wel herkennen dat er sprake is van een veranderde situatie die ernstig is en soms onmiddellijk ingrijpen behoeft. De diagnose delier wordt echter regelmatig niet gesteld.

De criteria voor delier in de DSM IV

- a) Bewustzijnsstoornis (d.w.z. verminderde helderheid van het besef van de omgeving) met verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen.
- b) Een verandering in de cognitieve functie (zoals geheugenstoornis, desorientatie, taalstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis die niet eerder is toe te schrijven aan een reeds aanwezige, vastgestelde of zich ontwikkelende dementie.
- c) De stoornis ontwikkelt zich in korte tijd (meestal uren tot dagen) en neigt ertoe in het verloop van een dag te fluctueren.
- d) Er zijn aanwijzingen vanuit de anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen dat de stoornis veroorzaakt wordt door de directe fysiologische consequenties van een somatische aandoening.

Casus van mevrouw van D.

Om een en ander te verduidelijken, wil ik de casus van mevrouw van D. inbrengen. Mevrouw van D. wordt aangemeld door de huisarts met het verzoek versnelde screening op dementie. De patiënte is een 92-jarige, zelfstandig wonende weduwe die 5 maanden geleden haar zoon heeft verloren. Na het overlijden van haar zoon volgde een periode van intens verdriet en somberheid. Mevrouw was wel in staat alle algemene dagelijkse levensverrichtingen (zoals wassen en eten) en het grootste deel van de bijzondere dagelijkse levensverrichtingen (zoals administratie doen en gebruik maken van het openbaar vervoer) uit te blijven voeren maar zij deed dit omdat zij verder moest en niet omdat zaken haar interesseerden. Tijdens huisbezoek van de huisarts was mevrouw helder geweest en zijn er geen aandachts- en concentratiestoornissen geconstateerd. Haar dochter vertelt dat er de laatste 6 weken een grote verandering is opgetreden. Haar moeder durft niet meer alleen naar buiten, belt veelvuldig haar familie met dezelfde vragen en zij belt 's nachts of 's morgens vroeg. Haar moeder geeft aan dat de telefoon het niet goed doet. Mevrouw is erg angstig en paniekerig en de familie beschrijft haar als "plakkerig". Ze zit vaak overdag te suffen, ook midden in een gesprek. Ze is snel geïrriteerd en snel emotioneel, iets wat voorheen niet zo was. Ze heeft dikke voeten en is bekend met hardhorendheid. Patiënte geeft aan het allemaal niet meer te weten, zij wil niet graag meer alleen zijn en zij denkt gek te worden.

Om duidelijk te krijgen of hier sprake is van een delier heb je als sociaal psychiatrisch verpleegkundige uitgebreide informatie nodig over het psychiatrisch en somatische toestandbeeld. Informatie uit anamnese, hetero-anamnese en psychiatrisch onderzoek gericht op veranderingen in gedrag, aandacht en concentratie en het beloop zijn nodig. De aanwezigheid van aandachts- en concentratiestoornissen, vermindering van cognitief functioneren, een acuut begin of wisselend beloop zijn al voldoende om de diagnose delier serieus in overweging te nemen en verder uit te zoeken. Andere symptomen die vaak voorkomen zijn: lange en korte termijn geheugenstoornissen, verstoring van het slaappatroon, snel wisselende emoties, hallucinaties en bewegingsdrang of juist bewegingsarmoede.

In eerste instantie volstaat vaak het uitvragen van oriëntatie in tijd, persoon en plaats en het doen van twee kleine testen om aandachts- en concentratiestoornissen te achterhalen (je kunt de cliënt vragen om van honderd zeven af te trekken en door te gaan tot je stop zegt of de maanden van het jaar achterstevoren op te noemen). Aanvullend kun je gebruik maken van een DRS-1998 R en een MMSE om een nog nauwkeuriger beeld te krijgen van cognitieve stoornissen en andere symptomen van een delier zoals beschreven in de vorige alinea (Deam et al, 2007). Vervolgens is informatie nodig over mogelijke oorzaken van delier zoals medicatiewijzigingen, medicatietrouw, nieuwe lichamelijke klachten, verergering van bestaande ziekten (hartfalen, suikerziekte) of abrupt stoppen met het drinken van overmatig alcohol.

Wat betekent dit in het geval van mevrouw van D?

Mevrouw van D. was somber geweest waardoor haar familie in eerste instantie dacht dat zij een terugval had. De familie kon goed beschrijven dat er een acute verandering had plaatsgevonden in functioneren, dat aandacht en concentratie gestoord waren en wisselden gedurende de dag: "zij zit vaak te suffen". Ook waren er oriëntatiestoornissen in tijd en plaats en apraxie (bedienen telefoon) waar voorheen geen sprake van was. Volgens de familie bestonden er het laatste jaar al lichte cognitieve stoornissen. Tijdens het psychiatrisch onderzoek bleek dat patiënte persevereerde (=aandacht moeilijk kunnen verplaatsen), zij zich moeilijk kon concentreren (=aandacht vasthouden) en dit fluctueerde binnen een uur. Mevrouw merkte dit zelf ook en werd hier angstig van.

Bloedonderzoek en urineonderzoek wezen uit dat er sprake was van een blaasontsteking. Ook was er sprake van hartritmestoornissen waarmee zij voorheen niet bekend was. Verder was mevrouw drie maanden gelden gestart met Tramal in verband met ernstige pijnklachten als gevolg van arthrose.

In de casus van mevrouw is meteen de complexiteit van de oorzaken van het ontstaan van een delier te herkennen. Al langer bestaande cognitieve stoornissen gecombineerd met een leeftijd boven de 70 jaar maken duidelijk dat het gaat om een kwetsbare oudere. Patiënte heeft bovendien recent een zeer stressvolle situatie meegemaakt (het overlijden van haar zoon). Visusstoornissen en gehoorstoornissen maken ouderen kwetsbaar.

Een delier wordt niet altijd herkend. Hier zijn een aantal redenen voor aan te voeren. Als eerste is het moeilijk het delier te onderscheiden van demantie en depressie (zie hiervoor het e-learning programma ontwikkeld door E. Detroyer, Onderzoeksmedewerker KULeuven). Verder worden behandelaars vaak getriggert als er sprake is van plotseling onrust of agressie maar worden andere symptomen van delier soms gemist. In overleg met huisartsen komt vaak naar voren dat de huisarts gedacht heeft aan een delier maar dat er geen hallucinaties spelen en de cliënt geen blaasontsteking heeft waardoor de werkhypothese delier opzij wordt geschoven. Als laatste wordt een delier bij cliënten, die bekend zijn met demantie of een ander psychiatrische ziektebeeld, vaak in dat licht bekeken.

De huisarts van mevrouw van D. had bijvoorbeeld de aandachts- en concentratiestoornissen niet opgemerkt. Dat kan te maken hebben met het fluctuerende beloop. De klachten treden vaker eind van de middag, 's avonds en 's nachts op. Het goed uitvragen van het beloop van de klachten aan mensen die de patiënt goed kennen, zoals verzorgenden en familie, is daarom ook van belang. Bij twijfel kan het lonen om mevrouw nogmaals te bezoeken op een ander tijdstip van de dag.

Het behandelen van delier

De behandeling van delier bestaat uit 4 pijlers: somatische onderzoek en behandeling, uitleg geven, extra-zorg regelen en zo nodig symptoombestrijding.

Pijler 1: somatisch onderzoek en behandeling

De oorzaken van een delier bij thuiswonende ouderen zijn nog niet vaak onderzocht. De uitgevoerde onderzoeken hebben vaak betrekking op ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen of betreffen hele specifieke doelgroepen zoals vrouwen boven de 90 met langdurige blaasontstekingen. Uit de dagelijkse praktijk komen de volgende oorzaken naar voren:

1. Infecties (blaasontsteking, longontsteking, erysipelas, gordelroos).
2. Hartfalen.
3. Delirogene medicatie (erbij, eraf of niet goed ingenomen).
4. Dehydratie en metabole stoornissen (suikerziekte, te laag natrium).

Bij ouderen is er vaak sprake van meerdere oorzaken, al langer sprake van een van bovenstaande problemen (bijvoorbeeld delier uitlokkende medicatie) kan bijdragen tot het eerder ontstaan van een delier. Hierbij wordt er door huisarts uitgebreid lichamelijk onderzoek gedaan en wordt de urine onderzocht op urineweginfectie, wordt de bloedsuiker geprikt en wordt er een uitgebreid laboratoriumonderzoek door de huisarts aangevraagd. De sociaal verpleegkundige komt bij de cliënt thuis en inventariseert met cliënt, familie en eventueel zorgteam de lichamelijke klachten en beloop hiervan. Ook observeert zij aandacht en concentratie.

De sociaal psychiatrische verpleegkundige bespreekt de somatische toestand en de behandeling daarvan goed door met de huisarts en benadrukt het feit dat er veel mogelijk is door goede afstemming en overleg. Het is van belang om de medicatie te evalueren en waar mogelijk te saneren, ook als dit niet de directe oorzaken van het delier zijn geweest.

Pijler 2: Uitleg geven

Het is van groot belang dat ieder die met de delirante cliënt te maken heeft (en de cliënt zelf ook) begrijpt wat er aan de hand is, hoe de behandeling van een delier in elkaar steekt en hoe het beloop zou kunnen zijn. Cliënten en familie zijn vaak enorm opgelucht wanneer het beeld dat zij zien een naam heeft en het gaat om een ziekte die mogelijk behandeld kan worden. Het is van belang een optimistisch beeld maar ook een realistisch beeld te schetsen. Gezien de vele risicofactoren en het mogelijk stapelen van deze factoren is de kans op het optreden van een delier bij ouderen groter. Echter, mits tijdig onderkent en adequaat behandeld, is een delier vaak reversibel.

Wijkverpleegkundigen raken vaak onzeker in contact met mensen met een delier. Zij zijn goed in staat om aan te geven dat er iets niet goed gaat en dat dit snel goede interventies behoeft maar ze begrijpen niet wat er precies aan de hand is en zijn bang dat de cliënt iets overkomt dat ongewenst is. Goede afspraken over hetgeen geobserveerd moet worden, regelmatig overleg en een klinische les maken dat de wijkverpleegkundige zich gesteund voelt en haar taak goed kan uitvoeren. Het uitdelen van een goede informatiefolder is hierbij van groot belang zodat cliënt, familie en wijkverpleegkundige één en ander na kunnen lezen.

Pijler 3: extra zorg regelen

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan jij niet de dagelijkse zorg bieden die een cliënt met delier nodig heeft. In samenwerking met wijkverpleging, huisarts, cliënt en familie kan gekeken worden of voldoende zorg in de thuissituatie gerealiseerd kan worden. Het is van belang om de draagkracht van het systeem in kaart te brengen. Vaak is thuisbehandeling mogelijk en wenselijk aangezien de cliënt al moeite heeft om zich te oriënteren. Een behandeling in een andere omgeving zou maken dat de cliënt geen enkel bekend punt meer heeft. Echter wanneer er geen steunsysteem of een kwetsbaar steunsysteem is, de cliënt geen hulp accepteert, de onrust en agressie erg groot zijn, de kans op vallen of verdwalen groot is of de onderliggende ziekte intramurale behandeling behoeft, is het soms beter om te kiezen voor een tijdelijke opname in het ziekenhuis, het verzorgingshuis of het verpleeghuis.

De extra zorg richt zich op de observatie van de cliënt, steun geven aan familie, handhaven van een goede voedingstoestand en vochtinname, verzorging van de cliënt en een goede medicatie-inname. Ook het aanbieden van dagstructuur met gedoseerde activiteiten zodat de cliënt aan zijn rust komt is van belang. Voor de oriëntatie kan het belangrijk zijn gebruik te maken van een klok of een kalender. Verder is het belangrijk om het team dat de cliënt verzorgd zo klein mogelijk is. Het kan nodig zijn tijdelijk nachtzorg te regelen als er sprake is van een verstoord dag en nachtritme met onrust 's nachts.

Pijler 4: symptoombestrijding

Door psycho-educatie te geven zullen mantelzorgers en verzorgenden begrijpen hoe zij het beste met de symptomen van een delier om kunnen gaan. Haloperidol wordt in principe alleen gegeven bij ernstige nachtelijke onrust, ernstige affectabiliteit, agitatie en beangstigende hallucinaties. Het gaat hier om bestrijden van de symptomen, niet om het oplossen van het delier. Er moet voorzichtigheid betracht worden gezien de mogelijke bijwerkingen van haloperidol.

Beloop, nazorg en preventie

Een delier behandelen kost tijd. De ergste verschijnselen kunnen soms binnen enkele dagen afnemen maar het kan soms weken tot maanden duren voordat het niveau van cognitief functioneren van de cliënt geheel hersteld is (als dit al geheel gebeurt). Het beloop hangt ook af van het succes van de behandeling van de onderliggende ziekte. Bij chronische en terugkerende ziekten zoals hartfalen kan soms slechts een tijdelijke remissie van een delier bereikt worden. Dit betekent dat de cliënt langer gevolgd moet worden. Het kan soms nodig zijn een kwetsbare cliënt laag frequent te blijven volgen met het thuiszorg team en de huisarts.

Preventie van delier, ofwel het verminderen van de kans dat het delier optreedt, is van belang bij kwetsbare ouderen in het algemeen en zeker bij ouderen die al een delier hebben gehad. Hierbij zijn familie, wijkverpleegkundigen, en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van groot belang. Bij preventie kan gedacht worden aan:

- Het goed innemen van medicatie
- De cliënt moet een zo goed mogelijke voedingstoestand hebben en de vochtintake moet minimaal anderhalve liter per dag zijn.
- Om de oriëntatie zo goed mogelijk te laten zijn is het belangrijk dat het gehoor en het zicht optimaal zijn. Adviseer zo nodig een bezoek aan opticien/audioloog een laat alle gebruikte hulpmiddelen evalueren.
- Reduceer risicofactoren zoals slecht slapen, polyfarmacie, gebruik benzodiazepines, slechte mobiliteit, in overleg met huisarts. Hierdoor wordt de kans op het optreden van een delier met 40 % gereduceerd.

Wat betekent dit voor mevrouw van D.?

Mevrouw van D. is per direct gestart met 4 x daags thuiszorg. Reden hiervan was dat zij alleenstaand is, familie verder weg woont en mevrouw met medicatie inname en maaltijden hulp nodig had. Ook observeerden de wijkverpleegkundigen, samen met de familie, hoe het gedrag en de reacties van mevrouw waren en informeerde de wijkverpleegkundige de sociaal psychiatrisch verpleegkundige regelmatig. Tramal is gestaakt en omgezet in paracetamol. Mevrouw is gestart met hartmedicatie. De huisarts is geadviseerd geen opiaten voor te schrijven, aangezien mevrouw hier heftig op reageert. De urineweginfectie is behandeld. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft mevrouw de eerste maand iedere week bezocht en daarna iedere twee weken totdat de situatie stabiliseerde.

Mevrouw functioneerde na 6 weken cognitief op hetzelfde niveau als voor het delier. Zij is weer in staat zelf alle ADL- en BDL-activiteiten uit te voeren die zij voorheen deed. Er zijn tijdens de delier-episode geen gevaarlijke situaties opgetreden. Wel gaf de familie aan dat mevrouw een groot beroep heeft gedaan op hun mogelijkheden door veel te bellen en veel hulp te vragen. Mevrouw en familie zijn blij dat mevrouw thuis is hersteld. Mevrouw heeft zichzelf wel recent op de wachtlijst van een verzorgingshuis laten plaatsen omdat zij door het delier ervaren heeft kwetsbaarder te zijn dan zij gedacht had. Tijdens het delier zijn afspraken gemaakt over het autorijden: mevrouw reed geen auto totdat zij hersteld was en de familie heeft voor de veiligheid de sleutels meegenomen. Mevrouw heeft besloten dat zij nu de auto gaat verkopen omdat zij niet met zekerheid kan zeggen dat er niet nogmaals zo'n episode optreedt.

Informatie over de schrijfster van dit artikel

Mevrouw Daisy Quispel-Aggenbach werkt als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Parnassia Bavogroep. Samen met drs. Dika Luijendijk en drs. Anne Stroomer-van Wijk doet zij onderzoek naar delier bij ouderen in de ambulante psychiatrie, gericht op het voorkomen, vroegtijdig ontdekken en adequaat behandelen van delier. Zij geven klinische lessen en lezingen aan wijkverpleegkundigen, huisartsen en aan onderzoekers nationale en internationale congressen.

Referenties

- Daem, M., Piron, C., Lardennois, M., Gobert, M., Folens, B., Vanderwee, K., Grypdonck, M., & Defloor T. Opzetten van een databank met gevalideerde meetinstrumenten: *BEST-project*, 2007. Brussel, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.
- Davis, D.H.J. e.a., delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest old: a population based cohort study, *Brain* 2012, p. 2809-2816.
- Eriksson, I. e.a., *Urinary tract infection in very old women is associates with delirium*, International psychogeriatrics, 2011, 23:3, p. 496-502.
- Luijendijk, D.H., Hoofdstuk Delier, in *handboek sociale geriatrie*, uitgeverij de Tijdstroom, 2006.
- Mast, R.C. van der, "Delier bij ouderen", Nederlands huisartsengenootschap, reactie vanuit de psychiatrie. *Nederlands tijdschrift geneeskunde* mei 2003.
- Meager, D.J. e.a. , A comparison of neuropsychiatric and cognitive profiles in delirium, dementia, comorbid delirium-dementia and cognitively intact controls, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2010 Aug; 81(8), p. 876-881.
- Rahkonen, T. e.a., Delirium in the non-demented oldest old in the general population: risk factors and prognosis, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001, nr 16 p. 415-421.
- Sandberg, O., Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly, *Scand J Social Med* 1998 nr 26, p. 56-62.
- Stroomer-van Wijk, A. e.a. , Het mobiele delierteam voor tijdige detectie en behandeling van het delier bij ouderen verwezen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, *Tijdschrift voor ouderen geneeskunde*, 2011 , nr 4 p. 127-133.
- Witlox, J. e.a., *Delirium in elderly patients and the risk of post-discharge mortality, institutionalization, and dementia. A meta-analysis*. JAMA, 2010; 304(4), p. 443-451.

Internetartikelen

- www.platformzorglandschaplimburg.be/Uploads/zorglandschap/1.%20Destroyer_delirium%20e-learning_netwerksessie%20041212.pdf
- www.gov.ns.ca/health/mhs/pubs/seniors/3-d-of-geriatric-psychiatry.pdf
- www.nursing.nl/Verpleegkundigen/Nieuws/2013/3/Delir-dementie-en-depressie-vaak-niet-herkend-NURS008459W/
- www.nursing.nl/Verzorgenden/Nieuws/2012/8/Vroegtijdig-signaleren-delier-is-cruciaal-TVVN EW102821W